(Ingresan a Sala el Decano de la Facultad de Sicología de la UDELAR, sicólogo Víctor Giorgi y el sicólogo Carlos Güida)

SEÑOR PRESIDENTE.- Damos la bienvenida al Decano de la Facultad de Sicología de la UDELAR, sicólogo Víctor Giorgi y al sicólogo Carlos Güida. Como les fue informado -veo que tienen el proyecto de ley en su poder- la Comisión se encuentra analizando el proyecto de ley de salud reproductiva y ha entendido importante contar con la opinión de la Faculta de Sicología. Por tanto, les agradecemos por su visita y por el aporte que harán.

SEÑOR GIORGI.- Por nuestra parte, queremos agradecer a la Comisión por la posibilidad que se nos da de brindar la opinión de la Facultad de Sicología de la Universidad de la República acerca de un tema que es muy sentido por nosotros, no sólo desde el punto de vista académico y, si se quiere, teórico, sino también desde el punto de vista de las experiencias concretas vividas en los diversos servicios que tiene la Facultad en distintos barrios de Montevideo y del interior. Se trata de temas que golpean muy fuerte y diariamente nos vemos enfrentados a este tipo de problemática, sobre todo, en la población de adolescentes y mujeres jóvenes. Voy a dar una visión muy global del proyecto de ley y quedaría a disposición para que los señores Senadores realicen las preguntas que consideren pertinentes.

Nosotros estuvimos en la Comisión de la Cámara de Representantes dando una opinión sobre una versión anterior del proyecto de ley. En esa oportunidad afirmamos que nos parecía que este tema era una de las deudas que, de alguna manera, tenía el Estado uruguayo para con la sociedad. Se vive una permanente situación de inequidad en cuanto al acceso de las mujeres de sectores de menores posibilidades adquisitivas y mayores limitaciones de instrucción y de cultura, a los conocimientos que la sociedad dispone. En ese sentido, nos parece muy importante las dos grandes líneas que toma el proyecto de ley. Por un lado, está el aspecto preventivo, disponiendo desde el Estado de una serie de medidas que permitan una mayor educación, formación y accesibilidad de la población a las medidas que la ciencia dispone actualmente para manejar la concepción y la planificación familiar. En ese sentido, se apuesta a una sexualidad responsable y a una maternidad y una paternidad también responsables. En estos momentos, esa es una de las líneas de trabajo en salud mental. Por otro lado, el proyecto encara uno de los problemas sanitarios más serios que hoy tiene el país que es el del aborto, que sigue siendo una de las principales causas de muerte en las madres jóvenes y muy frecuentemente nos vemos sacudidos por este tipo de episodios. En última instancia a lo que apunta el proyecto de ley es a respetar la decisión de la propia madre en cuanto al deseo o no y a la evaluación de las condiciones en que va a tener ese hijo.

Cuando leímos el proyecto de ley nos encontramos con que hay un par de temas que pueden ser mejorados y, tal vez, puedan ser tenidos en cuenta al momento de su implementación. Asimismo, nos preocupó el tema del consentimiento de la mujer menor de edad porque, si bien la ley ha avanzado en cuanto a pretender agilitar y simplificar el trámite judicial, lo que nos muestra nuestra experiencia con las adolescentes -fundamentalmente pensando en los sectores de menores posibilidades económicas y sociales- es que la chance de acceder a un Juzgado para realizar un trámite es bastante teórica. Digo esto porque, en primer lugar, el Juzgado está a $27 de distancia y, en segundo término, porque la propia dinámica judicial uruguaya hace que los adolescentes no vayan frecuentemente a plantear sus derechos ante la sede judicial. Más allá de que hoy se vea al niño y al adolescente como sujetos de Derecho, pensamos que todavía esto no está consolidado en la cultura ni en los procedimientos. Por otra parte, tanto uno como el otro ni siquiera saben con claridad a dónde tienen que ir tanto física como geográficamente. Creemos que a nivel de la implementación de la ley esto se podría solucionar con una red de servicios de asesoría que permitiera informar, orientar y apoyar a las jóvenes para que puedan ejercer este derecho de apelación ante el Juez competente. Reitero que esto se podría llevar a cabo tanto mediante servicios de apoyo social y de asesoramiento legal vinculados a los de atención ginecológica y a otros de acceso telefónico a la información, buscando la mayor facilidad posible para que la adolescente conozca este derecho y lo pueda ejercer.

Otro tema que también nos preocupaba tiene que ver con un planteo que se hace en alguno de los artículos. Concretamente, en el artículo 5º, cuando se habla sobre las responsabilidades del médico y se dice que deberá informar a la mujer de las posibilidades de adopción y de los programas disponibles de apoyo económico y médico a la maternidad, así como brindar información y apoyo a la mujer pre y post intervención de interrupción voluntaria del embarazo. Con respecto a este asunto, nos parecía que el mandato que recae sobre el médico excede la formación que habitualmente tiene el ginecólogo en nuestro medio, porque lo involucra en una temática de tipo social y psicológica que, reitero, en su formación no es su punto fuerte. A nuestro juicio, el proceso se centra en una figura unipersonal pero está tan atravesado por temas ideológicos, religiosos, y de escala de valores que sería necesario poner esta tarea en manos de un equipo interdisciplinario, porque daría mayores garantías y, sobre todo, permitiría una mayor neutralización de las posturas personales que se tengan sobre el tema. Reitero que la diversidad de posturas que puedan existir en su entorno daría mayores garantías. Por otra parte, se contaría con saberes específicos en todas estas temáticas. En lo personal nos parece que el psicólogo es el profesional idóneo para apoyar a la mujer en el proceso de la evaluación, de la decisión y, eventualmente, de la elaboración posterior. Si bien esto a nivel de la ley puede ser controvertido tenerlo en cuenta, porque implicaría una inversión, nos parece que no estaría de más evaluar la necesidad de que exista un equipo interdisciplinario que pueda cumplir esta función.

También consideramos que aquí se responsabiliza excesivamente al médico cuando, en realidad, se trata de una responsabilidad institucional, ya sea del Estado o de las instituciones sanitarias. Reitero que con este artículo estamos, digamos, sobrerresponsabilizando al médico ya no sólo de su papel técnico, puesto que también deberá brindar información, asesoramiento y apoyo, que son aspectos muy delicados.

Básicamente, pensamos que el proyecto de ley puede ser mejorado en esas dos líneas, ya sea a través de la discusión de su articulado o por medio de una implementación que tome en cuenta estos elementos. Decimos esto porque la redacción tal cual está planteada no impide que al momento de la implementación se puedan concretar estos elementos.

SEÑOR GÜIDA.- Hago mías las palabras del señor Decano y, al mismo tiempo, deseo señalar que la iniciativa que está a consideración constituye un proyecto de ley integral en la medida en que atiende a todo el campo de la salud sexual y reproductiva, propone aspectos preventivos y de promoción de salud, y también promueve la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y de toda la sociedad.

Nosotros hemos visto cómo a partir de la Conferencia del Cairo y de la IV Conferencia de la Mujer en Beijing se han dado pasos paulatinos a través del Estado, de los Municipios y de las organizaciones no gubernamentales, que han ido abriendo el camino a la capacitación y que, entre otras cosas, han tenido como consecuencia la creación de esta Cátedra de Salud Reproductiva en la Facultad de Psicología. A su vez, hay una inquietud creciente por parte de los profesionales de la salud ante los desafíos sociales que tenemos planteados, sobre todo en este campo.

Por nuestra parte, finalizamos una investigación que se realizó en los años 2001 y 2002 -que concursó a nivel internacional y que contó con el apoyo de la Fundación Mexicana de la Salud- a través de la cual pudimos analizar la transición entre el modelo materno infantil de atención en los servicios de salud pública y un modelo centrado en la salud reproductiva, tomando a la mujer no sólo como madre y no remitiéndonos solamente al proceso del embarazo y del puerperio. Ahí vimos que los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención -parteras, médicos, ginecólogos, asistentes sociales y sicólogos- se encuentran en una tensión permanente ante el hecho de lo que las mujeres les plantean -o no- vinculado a la interrupción voluntaria del embarazo. Muchas veces encuentran limitaciones a la hora de dar un consejo y temen incurrir en delito al promover su derivación. Todo eso sucede a pesar de que existe un programa de salud integral de la mujer en Montevideo y de que las policlínicas municipales también atienden esta temática.

En síntesis, a partir de la investigación y de las entrevistas con los diferentes profesionales, se advierte una inquietud creciente frente a este tema. Por ejemplo, hemos constatado que las mujeres de sectores de pobreza y de extrema pobreza muchas veces recurren a la interrupción del embarazo con métodos caseros -como bien conocen los señores Senadores, a través de otros testimonios y de diferentes estudios de la Facultad de Medicina- poniendo en riesgo su propia vida. Las estadísticas muestran como consecuencia de ello que la mortalidad materna por aborto se encuentra en el primer lugar en nuestro país.

Desde nuestra propia Facultad estamos generando un saber y un conocimiento al respecto. Hemos presentado la investigación en la Comisión de Género y Equidad la semana pasada y quedó demostrado la gravedad del tema y lo imprescindible que es poder legislar sobre esto, intentando dar una solución a este problema que no sólo atañe al campo de la salud reproductiva, sino que constituye una dificultad social importante.

SEÑORA XAVIER.- Quisiera saber si nuestros invitados tienen algún estudio de campo sobre las causas que podrían provocar la interrupción del embarazo y cuáles serían las edades en las que ven con más frecuencia esta realidad. Se tiene la idea de que cuando la mujer resuelve la interrupción del embarazo no hay quien logre que dé marcha atrás, pero supongo que ustedes trabajan en profundidad sobre esos aspectos. Hago el planteo porque si bien nosotros los analizamos en forma muy repetida, muchas veces carecemos de elementos de valoración.

También está el hecho de que muchas veces se dice que los jóvenes podrían tener más incidencia en la interrupción del embarazo. Por mi profesión tengo la percepción de que son la mujeres de más de cuarenta años las que estarían más predispuestas a interrumpir voluntariamente el embarazo.

Concretamente, quisiera saber si hay elementos que ustedes nos puedan brindar en cuanto a datos y conclusiones.

SEÑOR GÜIDA.- A partir de la investigación tenemos el testimonio de mujeres que se atienden en el sector público en las policlínicas y servicios de Salud Pública y de los profesionales que las atienden, pero no tenemos una cifra estadísticamente representativa.

No obstante podemos decir que a través de los diferentes servicios de la Facultad hemos podido percibir situaciones en las cuales existe un discurso a nivel de la entrevista en el que se plantean estas problemáticas. Indudablemente, en este aporte que hacíamos hace unos instantes, puede observarse que la tensión que viven los técnicos entre la situación pre aborto y post aborto genera también mucha angustia, porque el tema es a quién, cómo y en qué marco legal se plantea y uno está situado; cómo se maneja el consentimiento y la información en situaciones límites que, por otra parte, no son de baja frecuencia, sino que parecen estar planteadas, sino de forma cotidiana por lo menos con bastante frecuencia.

Más allá de las posturas personales y filosóficas, es un tema que está planteado en el servicio de salud, sobre todo, en los que atienden a los sectores menos favorecidos.

SEÑOR GIORGI.- Lamentablemente no tenemos investigaciones empíricas con sectores de población representativos como para responder a esta pregunta. Sin embargo, puedo decir que la percepción que tenemos desde los consultorios es una percepción de casos circunscriptos a ciertos sectores sociales. La reflexión que haría en base a una experiencia que puede ser muy sesgada es que en general la mujer adulta, de 35, 38 años y más, cuando resuelve interrumpir su embarazo lo hace posicionada en una situación en la que se siente con cierto derecho para tomar la decisión; generalmente consulta al profesional, busca orientación y tiene la experiencia y las redes de vínculo como para poder hacerlo en las mejores condiciones. En general los jóvenes, las madres primerizas, no tienen esta valoración de la maternidad como algo tan complejo y muchas veces reciben ese embarazo, aunque no sea inicialmente deseado, como algo gratificante. No creo que en esos sectores el aborto sea muy frecuente. Lo que sí sucede muchas veces es que cuando se da ocurre en peores condiciones que en la mujer adulta, porque sus posibilidades de acceso a un servicio que en nuestro medio existe para el que lo puede pagar -eso es un hecho- no tiene las mismas características y, entre otras cosas, aparece el temor de que se enteren los padres. Dicho de otro modo, se persiguen no sólo con lo que implica la ilegalidad de la situación, sino también con su relación con los adultos y otros sectores que podrían estar juzgando su actitud. En ese sentido, hay una mayor vulnerabilidad y una menor visibilidad, ya que incluso a veces ni la propia familia se entera.

Difícilmente vamos a poder saber cómo se da esto en la medida en que sea una práctica ilegal y no tenga visibilidad.

Quisiera hacer un comentario que me parece interesante, que tiene que ver con las reacciones posteriores a la interrupción del embarazo. Allí el elemento de clandestinidad de la práctica deja muchas veces a la mujer en una situación de terrible soledad,

donde no se siente con derecho a pedir ayuda en tanto hizo algo que está prohibido.

Muchas veces, la mujer queda capturada mediante ciertos contratos con aquellas clínicas que practican el aborto clandestinamente en los que se la compromete a no decirlo a terceros, a no consultar ningún servicio, incluso por la propia seguridad de quien efectúa la práctica clandestina.

En consecuencia, la mujer ingresa a una relación de encubrimiento por la que a menudo arriesga su salud y su vida y las consecuencias psicológicas la conducen al silencio y a una expresión en un círculo muy reducido, lo que aumenta los efectos patológicos de la experiencia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sabemos que la Facultad de Psicología tiene una experiencia de campo importante en este sentido, con inserción en la comunidad.

Hemos estado analizando el Capítulo III referido a los consentimientos especiales, a propósito del cual han surgido algunas objeciones por parte de distinguidos profesionales que cuestionan todo el trámite que hay que hacer para que un Juez autorice la realización de un aborto cuando existe un conflicto entre el menor y su familia. Por supuesto, no les voy a pedir un dato estadístico en este sentido, porque quizás no lo tengan, ya que es una cuestión compleja, pero quisiera saber si en vuestra percepción la circunstancia de que el menor tenga un conflicto de decisiones con sus padres es algo frecuente, marginal o si es una situación residual. El señor Decano ya ha manifestado que muchas veces los menores no participan a sus familias respecto de estas decisiones, pero le agradecería que explicara este aspecto un poco más.

SEÑOR GIORGI.- Puedo decir que más que un conflicto -en el sentido de dos posiciones contrapuestas- lo que se da es una inhibición de la joven, de la adolescente, para compartir esta preocupación con sus padres. Ocurre un silenciamiento, un ocultamiento que a menudo conduce a que ella transite su embarazo -sobre todo en los primeros meses- en soledad, sin control médico, tratando de disimular los síntomas, lo que constituye una de las situaciones de mayor riesgo.

No creo que sea demasiado frecuente que un padre o una madre niegue el derecho a una hija que desea interrumpir su embarazo y, si lo hace, será a cambio de compartir algún nivel de responsabilidad o de apoyo con ese hijo. Esto es lo que tendemos a suponer, aunque pueden darse situaciones más complejas. Sin embargo, lo que sí es preocupante para la joven es compartir con sus padres el hecho de que está embarazada, pues constituye una barrera que para muchas adolescentes se vuelve infranqueable. Por lo menos, necesitan un tiempo -que a veces no es el que disponen en la ley- para tomar la decisión.

SEÑORA XAVIER.- Ya en otra oportunidad hemos hecho la misma pregunta a otros profesionales en virtud de que se habla de un supuesto síndrome post aborto en el que existiría una depresión u otros elementos de tipo psicológico y se nos ha respondido que está muy relacionado con el contexto de clandestinidad y con la culpa. Consideramos oportuno repetir esta pregunta a quienes nos visitan hoy en razón de su idoneidad en este tema.

SEÑOR GÜIDA.- El hecho de que algunos profesionales o ciertas entidades hayan hablado de un síndrome post aborto habría que contextualizarlo en la realidad social y jurídica de cada país. En principio, en el manual que utiliza la Sociedad de Psiquiatría norteamericana no se configura como una entidad y, por otra parte, muchos de los aspectos que se desarrollan en este síndrome pueden estar atenuados -en caso de que existiera tal síndrome- en la medida en que la sociedad culpabiliza o no a una persona. No es lo mismo ser juzgado como un individuo que está cometiendo un crimen que como alguien que tiene un derecho legal a interrumpir un proceso de embarazo. Estos factores señalan que en una sociedad lo subjetivo está enmarcado en un conjunto de relaciones y de vínculos que hacen que determinadas figuras jurídicas, sociales, así como el peso de toda una sociedad, penetren en una persona para hacerla sentir culpable, para colocarla en una situación de soledad sin tener con quién conversar sobre estas temáticas que le preocupan.

Por ello vuelvo a lo que planteaba Giorgi anteriormente, en cuanto a la necesidad de implementar servicios que reúnan gente capacitada, a la que se pueda acudir en caso de que la persona resuelva interrumpir el embarazo y posteriormente, una vez interrumpido el mismo.

Este hecho marca un momento muy importante, tanto en las mujeres adolescentes como en la edad adulta.

SEÑOR GIORGI.- En la práctica uno tiende a ver en los casos concretos que, más allá de la historia personal de la mujer y de la forma en que se procesa la decisión -aún en personas que están claramente decididas a interrumpir su embarazo- la ilegalidad es un factor culpabilizador. Y no se trata de un tema abstracto, sino que se correlaciona con cosas muy concretas como la propia sordidez de los lugares donde se practica la intervención, el ocultamiento de la identidad de los profesionales o personas que la realizan, el acuerdo de no dar a conocer a terceros lo que se hizo, etcétera. Todo esto trasmite el significado de que se está haciendo algo prohibido y figura entre los elementos que ayudan a la depresión.

En consecuencia, si bien el llamado "síndrome post aborto" no está reconocido como tal por la bibliografía internacional ni por un estudio científico del tema, si nos planteáramos la hipótesis de que el mismo realmente existiera, creo que esto no puede convertirse en argumento para mantener la ilegalidad. Justamente, si existiera el síndrome post aborto, se haría necesario que la mujer pudiera compartir su experiencia y pedir ayuda y no que haya una actitud sancionatoria que la deje en la soledad y la prive de esa asistencia.

Lo mismo sucede cuando se señala al aborto -así lo he visto en algunos artículos que leí en la prensa- como causal de suicidio. Realmente no conozco ningún estudio que señale al aborto voluntario como causal de suicidio. Sí aparece, en niveles muy menores, el embarazo no deseado como causal de intento de suicidio, que muchas veces se puede ver en los consultorios médicos y ginecológicos en casos de mujeres que realizan prácticas abortivas que, en realidad, son casi suicidas, porque revelan una autoagresión que llega al extremo de arriesgar su propia vida.

Lo que también aparece como causal de suicidio es el aborto espontáneo en embarazos deseados, ya que muchas veces es el desencadenante de un suicidio. Pero reitero que la interrupción voluntaria del embarazo no figura como causal de suicidio. Cabe aclarar que, en la medida en que no tengamos registros fidedignos y en tanto esta sea una práctica clandestina, nunca vamos a poder contar con información como para poder asegurarlo. Por lo pronto, en la bibliografía no aparece como causal.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho su visita y las opiniones que nos han brindado, que nos serán de gran utilidad para el análisis del proyecto de ley que tenemos a estudio.

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 13 y 23 minutos)